

UDARatować życie

Poradnik dla osób po udarze mózgu,
ich rodzin i opiekunów



ODŻYWIA I DZIĘKI TEMU WSPIERA LECZENIE I REKONWALESCENCJĘ

NUTRICIA
Nutridrink
Protein

Zapytaj lekarza o Nutridrink Protein

*„Bo po chorobie
staratem się jeść,
jak trzeba,
ale było to trudne”*



Do postępowania dietetycznego w niedożywieniu i ryzyku niedożywienia związanym z chorobą, szczególnie u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem białkowym, np. w sytuacjach takich jak:

- w okresie rekonwalescencji po chorobie
- w przygotowaniu do operacji oraz po niej
- podczas ciężkiej choroby i po niej (wymagającej dłuższego pobytu w szpitalu)
- proces rehabilitacji np. po udarze mózgu
- w chorobach przewlekłych wymagających zwiększonej podaży białka, np. w chorobie nowotworowej

Nutridrink Protein to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w niedożywieniu i ryzyku niedożywienia związanym z chorobą, szczególnie u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem białkowym. Stosować pod nadzorem lekarza.

Serwis Konsumencki: 22 55 00 155 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora). Infolinia czynna od poniedziałku do piątku w godz. 9:00–17:00.
Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa

SPIS TREŚCI

- 5 **Czym jest udar mózgu i jakie są jego następstwa?**
dr. hab. n. med. Joanna Siuda - specjalista neurolog
- 11 **Fizjoprofilaktyka – czyli jak przeciwdziałać udarowi mózgu?**
dr hab. n. o zdrowiu Anna Brzęk, prof. SUM - fizjoterapeutka
- 15 **Opieka nad pacjentem w domu – dbanie o podstawowe potrzeby higieniczne oraz profilaktyka wystąpienia odleżyn.** *mgr Joanna Majcher - pielęgniarka*
- 22 **Pozycjonowanie pacjenta po udarze – jak układać osobę po udarze mózgu w leżeniu oraz siedzeniu. Instrukcja dla rodziny/opiekunów.**
*dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada dr n. med. Justyna Szeffler-Derela,
mgr Krzysztof Parysek- fizjoterapeuci*
- 28 **Jak w ergonomiczny sposób przemieszczać chorego? Instrukcja dla rodziny/opiekunów.** *dr n. med. Justyna Szeffler-Derela, dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada,
mgr Krzysztof Parysek - fizjoterapeuci*
- 35 **Żywnienie osób po udarze mózgu.** *mgr Tatiana Lewicka - specjalista neurologopeda,
mgr Anna Sobolewska-Wawro - dietetyk kliniczny*
- 46 **Czy pomoc psychologa jest potrzebna?** *mgr Magdalena Dobosz - psycholog*
- 51 **Świadczenia NFZ dla osób po udarze mózgu.**
*mgr Krzysztof Parysek, dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada,
dr n. med. Justyna Szeffler-Derela - fizjoterapeuci*

***mgr Krzysztof Parysek** - fizjoterapeuta, pomysłodawca poradnika,
który dedykuje swoim pacjentom i ich rodzinom – to dzięki zadawaniu cennych
pytań przyczynili się do jego powstania.*

Drogi Pacjencie, Drogi Opiekunie!

Cieszymy się, że trafił do Ciebie opracowany przez nas Poradnik dla pacjentów po udarze. Jednocześnie jest nam przykro, że Ciebie lub kogoś z Twojego otoczenia spotkała trudna sytuacja, jaką jest udar. Żeby oszczędzić Ci poszukiwania informacji w różnych źródłach, oddajemy w Twoje ręce niniejszy Poradnik, który zbiera przydatne materiały i wskazówki w jednym miejscu.

W Poradniku znajdują się informacje praktyczne poczynając od opieki pielęgniarskiej, odpowiednich pozycji i prawidłowych transferów poprzez część dotyczącą fizjoprofilaktyki, aż do zagadnień psychologicznych i aspektu społecznego. Znajdziesz tu również niezwykle istotny rozdział na temat żywienia pacjenta po udarze, wyzwań z nim związanych i rozwiązań dedykowanych przy tego typu problemach oraz przeczytasz, jakiego wsparcia możesz oczekiwać w ramach świadczeń NFZ.

Życzymy szybkiego powrotu do zdrowia!

Zespół Redakcyjny

Czym jest udar mózgu i jakie są jego następstwa?

CZYM JEST UDAR?

Udar to wystąpienie ostrych objawów ogniskowego uszkodzenia nie tylko mózgu, ale także rdzenia kręgowego lub siatkówki.

JAKIE SĄ RODZAJE UDARÓW MÓZGU?

Ze względu na mechanizm powstawania, udar mózgu dzielimy na:

1. **udar niedokrwienny (85-90%)** – nazywany powszechnie zawałem mózgu, który powstaje w wyniku zatrzymania napływu krwi do części mózgu poprzez zamknięcie naczynia tętniczego przez blaszkę miażdżycową lub zakrzep najczęściej pochodzący ze zmian w sercu (np. wady zastawek serca, migotanie przedsionków, choroby mięśnia sercowego, powiktania po zawale serca).
2. **udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy) (10-15%)** – spowodowany wylewem krwi do mózgu w wyniku rozerwania naczynia śródmózgowego; przyczyną jest najczęściej wieloletnie nadciśnienie tętnicze, w wyniku którego dochodzi do uszkodzenia ściany naczyń, powstania tzw. mikrotętniaków.

JAK CZĘSTO WYSTĘPUJE UDAR MÓZGU?

Udar to najczęstsza choroba mózgu. Dotyka około 0,5% populacji, w Polsce to 70 000 osób rocznie. Głównym czynnikiem ryzyka jest wiek, a ponad połowa udarów dotyczy osób powyżej 70 roku życia.

Udar jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów, po chorobach sercowo-naczyniowych i nowotworowych. Jest też najczęstszą przyczyną niepełnosprawności, dlatego ważna jest szybka interwencja i odpowiednie postępowanie.

JAKIE SĄ CZYNNIKI RYZYKA UDARU MÓZGU?

1. NIEMODYFIKOWALNE:

- wiek – u osób powyżej 55 roku życia z każdą dekadą ryzyko udaru się podwaja
- płeć (w populacji do 65 roku życia częściej chorują mężczyźni, w wieku podeszłym częściej chorują kobiety)
- czynniki genetyczne
- wcześniej przeżyty udar mózgu

2. MODYFIKOWALNE:

- nadciśnienie tętnicze
- związane z sercem (migotanie przedsionków, zawał serca, wady zastawkowe serca)
- zaburzenia gospodarki węglowodanowej (cukrzyca)
- zaburzenia gospodarki lipidowej (hipercholesterolemia)
- styl życia (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej)
- doustne środki antykoncepcyjne
- otyłość
- zespół bezdechu sennego

UDAR MÓZGU MOŻE OBJAWIAĆ SIĘ:

PROBLEMAMI Z MÓWIENIEM

TRUDNOŚCIAMI Z ROZUMIENIEM MOWY

ZABURZENIAMI WIDZENIA

ASYMETRIĄ TWARZY

NIEDOWŁADEM KOŃCZYNY GÓRNEJ I/LUB DOLNEJ

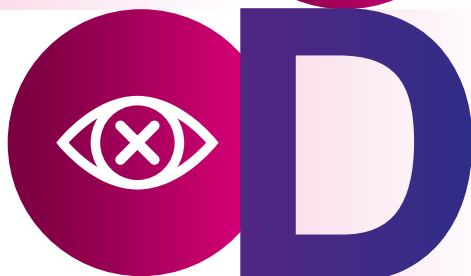
ZABURZENIAMI RÓWNOWAGI

ZABURZENIAMI CZUCIA

U – utrudnione
mówienie
i rozumienie mowy



D – dwojenie
(podwójne widzenie,
niewyraźne widzenie)



A – asymetria
twarzy



R – ręka lub noga
niewładne (ciężkie)



REAGUJ SZYBKO. DZWOŃ 999 lub 112.
...bo liczy się czas!

JAKIE SĄ NASTĘPSTWA UDARU MÓZGU?

Wiele osób po udarze pozostaje niesprawnych. Ciężki ogólny stan chorego, jak i unieruchomienie w łóżku może prowadzić do powikłań po udarze mózgu:

- **neurologicznych:** ukrwotoczenie ogniska niedokrwienego, napady padaczkowe, zaburzenia psychiczne
- **zaburzeń układu sercowo-naczyniowego:** zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia, zawał mięśnia sercowego, zapalenie żył głębokich
- **zaburzeń oddychania i zapalenia płuc** – stąd istotna jest zmiana pozycji w łóżku i oklepywanie
- **zaburzeń połykania**, co daje ryzyko zachłyśnięcia się pokarmem lub płynem oraz ryzyko niedożywienia – opiekun powinien nauczyć się karmienia w odpowiedniej pozycji i we właściwy sposób; część chorych może wymagać założenia gastrostomii (PEGa) i żywienia tzw. dietą przemysłową
- **zakażeń dróg moczowych** – cewnik moczowy, jeśli jest konieczny, powinien być odpowiednio często wymieniany, chorego należy odpowiednio nawadniać (2,0-2,5 l/dobę), czasem warto stosować preparaty na bazie żurawiny
- **powstawania odparzeń i odleżyn** – chorzy leżący powinni mieć zapewniony materac przeciwdleżynowy, co 2 godz. powinna być zmieniana pozycja ciała, skóra powinna być utrzymywana w czystości i odpowiednio natłuszczona, pościel i bielizna osobista powinna być z naturalnych materiałów
- **przykurczów i zaników mięśniowych** – tu pomocne są odpowiednie ułożenie, częsta zmiana pozycji; codzienne ćwiczenia ruchowe, a w spastyczności poudarowej chory powinien być objęty programem leczenia toksyną botulinową.

PROFILAKTYKA WTÓRNA UDARU MÓZGU, CZYLI JAK ZAPOBIEC PONOWNEMU INCYDENTOWI?

Bardzo ważne jest stosowanie się do zaleceń, które pacjent otrzymuje przy wypisie z Oddziału Udarowego oraz odpowiednio częste wizyty kontrolne.

Istotne jest także kontrolowanie czynników ryzyka, tj.:

- ciśnienie tętnicze (docelowe wartości RR <140/90 mmHg)
- leczenie obniżające poziom cholesterolu
- u chorych z cukrzycą optymalnie powinien być kontrolowany poziom glukozy we krwi

- ważna jest zmiana stylu życia:
 - **zaprzestanie palenia tytoniu**
 - **regularne ćwiczenia fizyczne** – umiarkowany, systematyczny wysiłek fizyczny
 - **dieta śródziemnomorska** (bazowanie na dużej ilości pokarmów roślinnych, tzn. zboża, owoce, warzywa, nasiona roślin strączkowych, orzechy, pestki, spożycie oliwy z oliwek jako głównego źródła tłuszczu dodanego, większe spożycie ryb a mało - mięsa czerwonego) z ograniczeniem soli
 - **ograniczenie picia alkoholu**

PODSUMOWUJĄC...

Udar mózgu jest poważną chorobą, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia i życia, dlatego w przypadku jego wystąpienia trzeba reagować szybko, by wdrożyć odpowiednie leczenie oraz profilaktykę wtórną. Właściwa opieka nad chorym zarówno w ostrej fazie udaru, jak i późniejsze postępowanie po wypisie ze szpitala w istotny sposób wpływa na ostateczne rokowanie. Osiągnięcie celu jakim jest powrót chorego do rodziny i społeczeństwa wymaga kompleksowej, indywidualnie zaplanowanej i wielokierunkowej opieki.



Fizjoprofilaktyka - czyli jak przeciwdziałać udarowi mózgu?

Dr hab. n. o zdrowiu Anna Brzęk, prof. SUM - fizjoterapeutka

CZYM JEST FIZJOPROFILAKTYKA?

To wszelkie działania z wykorzystaniem metod, form i środków fizjoterapeutycznych, które mają na celu zapobiegać, spowalniać lub cofać skutki nieprawidłowego stylu życia i/lub procesów chorobowych.



**Leczenie procesów chorobowych i ich skutków
jest tak samo ważne, jak zapobieganie im.**

Fizjoprofilaktyka udarów mózgu oparta jest o EDUKACJĘ zdrowotną, zwiększanie świadomości o czynnikach ryzyka, wskazuje na błędy w dotychczasowym stylu życia, modyfikuje czynniki ryzyka, promuje i zwiększa poziom aktywności fizycznej, a w przypadku pacjentów, u których incydent w naczyniu mózgowym wystąpił - wspomaga proces leczenia.

WAŻNE

- 1 Ćwiczenia fizyczne są najważniejsze w procesie fizjoprofilaktycznym.
- 2 Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że ponad ¼ dorosłych ma niewystarczający poziom aktywności fizycznej.
- 3 **SYSTEMATYCZNE ĆWICZENIA** normalizują ciśnienie tętnicze krwi i masę ciała, a także działają ochronnie - **zmniejszają ryzyko** ponownego udaru mózgu.



Zanim rozpoczniesz systematyczne ćwiczenia/treningi:

- niezwłocznie skontaktuj się ze specjalistą – lekarzem a następnie fizjoterapeutą w celu ustalenia wskazań i przeciwwskazań, a także samokontroli w trakcie zaplanowanego wysiłku fizycznego,
- rozpocznaj ćwiczenia etapowo - zacznij od kilku minut, stopniowo zwiększając ich intensywność i wydłużając czas ich trwania,
- uwzględnij spacer w codziennych czynnościach dnia codziennego – zmniejszasz wówczas ryzyko ciężkiej niepełnosprawności,
- jeżeli poruszasz się na wózku inwalidzkim czy z wykorzystaniem pomocy ortopedycznych (lasek, trójnogów, balkonika, kul, ortez) nie rezygnuj z aktywności fizycznej, a jedynie ją modyfikuj i dopasuj do swoich możliwości- fizjoterapeuta Ci w tym pomoże,
- jeżeli masz wszczepione urządzenie terapeutyczne tj. kardiowerter – ICD czy układ resynchronizujący z opcją defibrylacji CRT-D, tętno treningowe powinno być o 20u/min niższe od wyznaczonego progu interwencji defibrylatora - zapytaj o to lekarza lub fizjoterapeutę.

FIZJOPROFILAKTYKA INCYDENTU NACZYNIOWEGO W MÓZGU

FIZJOPROFILAKTYKA Wczesna	FIZJOPROFILAKTYKA PIERWOTNA	FIZJOPROFILAKTYKA Wtórna I TRZECIORZĘDOWA
Kogo dotyczy? Osoby ZDROWE	Kogo dotyczy? Osoby W GRUPIE RYZYKA	Kogo dotyczy? Pacjenci PO UDARZE, TIA*
DZIAŁANIE	CZYNNIKI RYZYKA	BEZWZGLĘDNA MODYFIKACJA CZYNNIKÓW RYZYKA – WŁĄCZONE LECZENIE
• aktywność fizyczna wysoka: 150-300 minut/tygodniowo, • aktywność fizyczna umiarkowana-wysoka: 75-150 minut/ tygodniowo, • 3 x w tygodniu	• nadciśnienie tętnicze • palenie tytoniu • nadużywanie alkoholu • podniesiony poziom cholesterolu • niewłaściwa dieta • stan nawodnienia • pasywność ruchowa	
ZALECA SIĘ	DZIAŁANIE	ZALECA SIĘ
• ćwiczenia aerobowe (tlenowe) i ćwiczenia aktywujące grupy mięśniowe wpływające na poprawę stabilności, a zatem zmniejszenie ryzyka upadków, szczególnie u osób po 60 roku życia.	• Modyfikacja stylu życia • Edukacja w zakresie kontrolowanego ruchu	W zależności od stanu funkcjonalnego oraz okresu wiotkości, spastyczności, względnego wyzdrowienia: • 150 min/tydzień aktywności umiarkowanej z aktywacją dużych grup mięśniowych, • praca aktywacyjna i stabilizacyjna tułowia i kończyn, • fizjoprofilaktyka podwinieć, odleżyn, przykurczy, upadków, • układanie (pozycjonowanie)
	ZALECA SIĘ	
	• trening dynamiczny, aerobowy, uzupełniony o trening oporowy i ćwiczenia zwiększające elastyczność mięśni (ćwiczenia rozciągające).	
	UNIKAJ	
	• długotrwałej pozycji siedzącej; • ćwiczeń o charakterze statycznym; • gwałtownych zmian pozycji, wywołujących hipotonię ortostatyczną; • ćwiczeń bez kontroli faz oddechu.	
		Edukacja pacjenta i rodziny

Rycina. Cele i zadania fizjoprofilaktyki w procesie leczenia i usprawniania pacjenta z udarem mózgu zgodne z zaleceniami WHO – World Health Organization, AHA – American Heart Association, ASA – American Stroke Association. *Przemijający atak niedokrwienny (TIA, transient ischemic attack) [opracowanie własne].

Opieka nad pacjentem w domu

- dbanie o podstawowe
potrzeby higieniczne oraz
profilaktyka wystąpienia
odleżyn

mgr Joanna Majcher
Specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Opieka nad pacjentem wypisanym po hospitalizacji do domu często jest wyzwaniem – nagle, niemal z dnia na dzień, jest to osoba wymagająca znacznie więcej wsparcia. Bardzo często po udarze mózgu występuje niedowład kończyn. Niedowład może mieć różny stopień nasilenia – od dyskretnego objawu do całkowitego porażenia kończyny, co utrudnia opiekę. Dodatkowo mogą występować deficyty neurologiczne polegające na zaburzeniu procesów myślowych czy pamięci. W wyniku tego podopieczny może nie odczuwać potrzeb higienicznych lub nie potrafić prawidłowo wykonać czynności, którą kiedyś wykonywał na co dzień. Zdarza się też, że chory jest ogólnie osłabiony i ma złe samopoczucie, co także rzutuje na sprawność.

JAK LEPIEJ ZORGANIZOWAĆ OTOCZENIE CHOREGO?

W przypadku, gdy podopieczny jest osobą leżącą:

● ŁÓŻKO

Najlepszym rozwiązaniem jest zaopatrzenie się w łóżko rehabilitacyjne, które powinno być tak ustawione, aby miało dostęp z dwóch stron. Łóżko tego typu ułatwia wykonywanie czynności higienicznych, zapewnia większy komfort choremu, wyposażone jest też w barierki, co zabezpiecza przed zsunieniem się chorego.

● MATERAC

Bardzo korzystną opcją jest również zaopatrzenie łóżka w materac przeciwdleżynowy, najczęściej występującą formą materacy są materace zmiennociśnieniowe oraz materace piankowe. Materac przeciwdleżynowy spełnia bardzo istotną rolę w profilaktyce wystąpienia odleżyn.

● POŚCIEL

Bielizna pościelowa chorego powinna być wykonana z naturalnych, przewiewnych materiałów i być regularnie zmieniana według potrzeby.

● PRZESTRZEŃ

Przy łóżku podopiecznego najlepiej ustawić szafkę z blatem o takiej wysokości, która umożliwia choremu sięganie po przedmioty podstawowej potrzeby, np. chusteczki lub kubek z wodą do picia. Warto też uwzględnić komfort psychiczny chorego, np. w miarę możliwości ustawić łóżko przy oknie z możliwością obserwowania świata zewnętrznego, ustawić telewizor w zasięgu wzroku lub dać możliwość słuchania radia z ulubionymi audycjami, muzyki czy audiobooków.

● PODSTAWOWE POTRZEBY

Jeżeli stan podopiecznego na to pozwala, potrzebę wydalania można ułatwić przy pomocy basenu lub w przypadku mężczyzn - kaczki. Zawartość basenu lub kaczki należy za każdym razem wylać do ubikacji, następnie sprzęt dokładnie opłukać lub w razie potrzeby umyć i osuszyć.

Jeżeli podopieczny jest w stanie się poruszać samodzielnie lub przy pomocy chodzika/laski:

W takim przypadku zaopatrywanie się w łóżko rehabilitacyjne nie jest konieczne. Przestrzeń chorego powinna jednak zawierać jak najmniej barier i utrudnień, tak aby chory bez przeszkód mógł dojść do toalety - należy pamiętać o usunięciu różnego rodzaju dywaników z podłogi, co zapobiegnie potknięciom oraz upadkom podopiecznego.

JAK ZADBAĆ O HIGIENĘ CHOREGO LEŻĄCEGO?

Chory leżący wymaga toalety ciała w łóżku. Do wykonania tej czynności potrzebne są:



miska z ciepłą wodą



ręczniki



mydło o neutralnym PH



krem nawilżający lub oliwka



myjka lub gąbka



czysta koszulka na zmianę

Toaletę ciała w łóżku w miarę możliwości najlepiej wykonywać w dwie osoby.

1. W pierwszej kolejności należy opuścić wezgłowie łóżka do pozycji płaskiej, wyjąć spod głowy chorego poduszkę, zdjęć kołdrę/koc. W razie potrzeby przy okazji wymienić pościel na czystą. Chorego należy rozebrać, jednocześnie dbając o komfort termiczny (odpowiednią temperaturę otoczenia, by pacjent nie zmarzł).
2. Podłożyć pod mytą część ciała ręcznik, aby uniknąć zalania łóżka.
3. Zmoczyć czystą gąbkę/myjkę w ciepłej wodzie z mydłem i zacząć mycie ciała od twarzy (oczy myje się wodą bez mydła, aby uniknąć podrażnień), następnie kolejno umyć szyję, kończyny górne, dłonie, okolicę pach, klatkę piersiową, kończyny dolne, stopy, okolicę krocza. Wodę wymienić.

4. Po wykonanym myciu należy starannie i delikatnie osuszyć skórę ręcznikiem oraz natłuścić kremem lub oliwką.
5. Po wykonaniu toalety przedniej części ciała, chorego należy obrócić na bok, umyć plecy oraz pośladki, jeżeli okolica pośladków jest zanieczyszczona kałem okolicę tą należy uprzednio przetrzeć ręcznikiem papierowym lub chusteczkami jednorazowymi. Skórę również należy natłuścić kremem lub oliwką.
6. Po skończonej toalecie ciała należy chorego ubrać w luźną, przewiewną odzież - najlepiej bawełnianą koszulkę.

W razie potrzeby, gdy pacjent jest w pozycji na boku, można zmienić prześcieradło zwijając obecne pod pacjenta, a następnie założyć nowe do połowy łóżka. Odwracając chorego na drugą stronę, należy wyciągnąć oba prześcieradła i rozłożyć po drugiej stronie czyste. W ten sam sposób, obracając podopiecznego na boki, można zmienić też pieluchę oraz podkład jednorazowy.

JAK ZADBAĆ O HIGIENĘ PODOPIECZNEGO PORUSZAJĄCEGO SIĘ SAMODZIELNIE LUB PRZY POMOCY CHODZIKA/LASKI?

W przypadku, gdy pacjent jest w stanie się poruszać, pod prysznicem należy zastosować maty antypoślizgowe. Można również zastosować pod prysznicem specjalne krzesółko dla chorego. W razie potrzeby należy pomóc choremu w czynnościach higienicznych oraz ubieraniu się.

DOBÓR ŚRODKÓW CHŁONNYCH

W celu zabezpieczenia chorego, u którego występuje nietrzymanie moczu i stolca, stosuje się środki chłonne. Na rynku dostępne są różne wyroby tego typu.

- ➔ W przypadku podopiecznego **leżącego w łóżku** stosuje się pieluchy, pieluchomajtki oraz podkłady jednorazowe.
- ➔ W przypadku, gdy pacjent **jest w stanie się przemieszczać**, stosowane są wkładki urologiczne oraz pieluchomajtki.

Należy pamiętać, że skóra okolic narażonych na kontakt z moczem i stolcem jest narażona na oparzenia i podrażnienia, dlatego należy objąć ją szczególną ochroną zachowując czystość i zabezpieczając specjalnymi kremami.

JAK ZMNIJSZYĆ RYZYKO WYSTĄPIENIA ODLEŻYN?

Odleżyna to obszar martwicy powstający na skutek miejscowego niedokrwienia na skutek ucisku.

Czynnikami ryzyka wystąpienia odleżyn są:

- ✓ unieruchomienie chorego w łóżku,
- ✓ nietrzymanie przez chorego moczu i stolca,
- ✓ podeszły wiek chorego,
- ✓ nieprawidłowy stan odżywienia.

UWAGA

Pierwsze stopnie rozwoju odleżyn to blednące zaczerwienienie skóry, a następnie - nieblednące zaczerwienienie, obrzęk miejsca narażonego, możliwe powstanie drobnych pęcherzy. Są to już istotne sygnały do podjęcia szybkiej interwencji.

Najważniejszym elementem jest profilaktyka przeciwośleżynowa:

● ZMIANY POZYCJI

Pacjent leżący powinien być zaopatrzony w materac przeciwośleżynowy. Należy też często, co około 2 godziny, zmieniać podopiecznemu pozycję w łóżku stosując zasadę pozycji lewy bok, plecy, prawy bok tak, aby odciążyć części ciała najbardziej narażone na powstanie odleżyn. W stabilizacji pozycji pomogą wałki, które można wykonać np. z koca.

● KONTROLA SKÓRY I DBANIE O JEJ STAN

Miejsca najbardziej narażone na wystąpienie odleżyny (okolica kości ogonowej, pięty, okolica kości udowych, łokcie, potylica) należy stale obserwować oraz natłuszczać kremem lub oliwką.

● PRAWIDŁOWY STAN ODŻYWIENIA

Niedożywienie jest jednym z czynników upośledzających postępowanie z ranami, zatem bardzo istotne jest dbanie o zdrową dietę i dobry stan odżywienia pacjenta. W razie, gdy odleżyna wystąpi, należy tym bardziej zadbać o dostarczenie odpowiednich składników odżywczych (zwłaszcza **energii i białka, ale też arginy, cynku i antyoksydantów**), aby wspomóc proces jej gojenia.

● OPATRUNKI I OPIEKA SPECJALISTY

Występujące odleżyny wymagają specjalistycznych opatrunków dobranych do rany. Dobór takich opatrunków oraz odpowiednie postępowanie z raną najlepiej powierzyć pielęgniarce środowiskowej lub specjalście z poradni leczenia ran.



NUTRICIA
Nutridrink®
Skin Repair

TWOJE POSIŁKI NA CZAS GOJENIA RAN*

Nutridrink Skin Repair
opracowany z myślą o pacjentach
z trudno gojącymi ranami.

Zawiera dużą ilość białka, energii,
argininę, cynk i antyoksydanty.



*Nutridrink Skin Repair to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Do postępowania dietetycznego w przypadku odleżyn i innych trudno gojących ran. Stosować pod nadzorem lekarza. Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa

ADLT/RCO/20/10/2022

Pozycjonowanie pacjenta po udarze - jak układać osobę po udarze mózgu w leżeniu oraz siedzeniu

Instruktaż dla rodziny /opiekunów

*dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada dr n. med. Justyna Szeffler-Derela,
mgr Krzysztof Parysek- fizjoterapeuci*

Prawidłowe układanie chorego w łóżku po udarze mózgu jest bardzo istotną częścią procesu usprawniania – każdy organizm potrzebuje ruchu! Kwestia ta jest szczególnie ważna dla osób, które nie potrafią tej czynności wykonać samodzielnie.

Zaleca się, by zmieniać ułożenie chorego co 2-3 godziny, również w nocy.

Pozycje ułożeniowe:

- Normalizują napięcie (pobudzenie) mięśniowe
- Zapobiegają powstawaniu odleżyn
- Zapewniają pacjentowi odpowiednie bodźce
- Dają poczucie bezpieczeństwa

Pamiętaj!

Podczas zmian pozycji oraz pielęgnacji chorego nie ciągnij za chorą rękę. Może to doprowadzić do uszkodzenia elementów barku.

Aby prawidłowo ułożyć chorego możesz wykorzystać:

- Poduszki różnych rozmiarów
- Ręcznik
- Zwinięty koc/ kołdrę
- Prześcieradło

Są to rzeczy, które łatwo utrzymać w czystości oraz są przyjazne dla skóry pacjenta. Wraz ze zdrowieniem chorego ilość elementów potrzebnych do ułożenia będzie się zmniejszać.

Na etapie, kiedy sprawność chorego jest mocno ograniczona (chory wymaga znacznej pomocy) warto wypożyczyć bądź zakupić profesjonalne łóżko rehabilitacyjne, ponieważ:

- Można regulować jego wysokość
- Posiada regulację zagłówek
- Posiada barierki ochronne, które zabezpieczają chorego przed upadkiem
- Istnieje możliwość położenia dodatkowo materaca przeciwoleżynowego

Pamiętaj!

Łóżko chorego powinno znajdować się na wysokości Twoich bioder podczas czynności, które wykonujesz przy chorym. **To zabezpieczy Twój kręgosłup przed przeciążeniem.**

WSKAZÓWKA

Aby zapewnić odpowiednią ilość bodźców dla chorej ręki i nogi, należy prawidłowo zorganizować przestrzeń wokół chorego.

- ✓ Ustaw łóżko chorego tak, by strona chora skierowana była w kierunku drzwi/wejścia do pokoju.
- ✓ Przy stronie chorej ustaw również stół/półkę z podręcznymi przedmiotami (chusteczki, butelka z wodą, telefon).

UŁOŻENIA PACJENTA

Ręka oraz noga dotknięte udarem zostały oznaczone poprzez odblaskowe opaski.

NIEPRAWIDŁOWE UŁOŻENIE CHOREGO NA PLECACH:

- Ręka chorego obrócona do wewnątrz, dłoń podwinięta
- Noga w biodrze zgięta oraz obrócona na zewnątrz
- Kolano w dużym zgięciu

WARIANTY PRAWDŁOWEGO UŁOŻENIA CHOREGO NA PLECACH:



- Chory powinien leżeć na płaskim łóżku podczas odpoczynku – bez uniesienia zagłówka, chyba że występują problemy z oddychaniem – wtedy zagłówek powinien być ustawiony nieco wyżej
- Pod głową niewielka poduszka
- Ręka chora wyprostowana
- Dłoń umieszczona na wałku – istotne: przeciwstawne ułożenie kciuka
- Noga chora prosta w biodrze oraz w kolanie
- Nieznaczny wałek umieszczony pod ścięgmem Achillesa w celu prawidłowego ustawienia stopy



- Zwróć uwagę, że podparcie chorej ręki zaczyna się już pod barkiem
- Wyższe ułożenie dłoni jest elementem profilaktyki przeciwobrzękowej



- Miednica po stronie chorej nieznacznie uniesiona
- Udo nogi chorej podparte z boku, by nie doszło do obrócenia nogi na zewnątrz

UŁOŻENIE PACJENTA NA STRONIE CHOREJ:



- Głowa ułożona na niewielkiej poduszce
- Plecy chorego podparte z tyłu
- Chory bark wysunięty nieznacznie ku przodowi – wysunięty spod tułowia
- Ręka może być zgięta w łokciu
- Do dłoni zaleca się włożyć ciasno zrolowany mały ręcznik
- **Noga zdrowa** zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, umieszczona na złożonej kołdrze
- Noga chora wyprostowana

UŁOŻENIE PACJENTA NA STRONIE ZDROWEJ:



- Głowa ułożona na niewielkiej poduszce
- Plecy chorego podparte z tyłu
- Cała ręka umieszczona na dużej poduszce, dłoń ułożona z przeciwstawieniem kciuka
- Noga chora zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, umieszczona na złożonej kołdrze, co zapewnia prawidłowe ustawienie biodra
- **Ważne, by chora stopa również była podparta, a nie znajdowała się poza kołdrą**

MOŻLIWA MODYFIKACJA UŁOŻENIA RĘKI CHOREGO PODCZAS LEŻENIA NA STRONIE ZDROWEJ:



- Między ręką a ciałem chorego umieść małą poduszkę
- Sama dłoń oparta płasko o łóżko
- Reszta ułożenia bez zmian

NIEPRAWIDŁOWA POZYCJA SIEDZĄCA CHOREGO W WÓZKU:



- Chora ręka przygnieciona ciałem pacjenta
- Tułów chorego pochylony w stronę chorą
- Kolano chorej nogi skierowane do środka

PRAWIDŁOWA POZYCJA SIEDZĄCA W WÓZKU:



- Plecy chorego podparte
- Tułów wyprostowany – bez pochylenia
- Z przodu chorego umieszczona duża poduszka podtrzymująca tułów oraz rękę
- Stopy oparte o podłoże lub podnóżki, możesz włożyć również buty na stopy chorego

MOŻLIWE MODYFIKACJE UŁOŻENIA CHOREJ RĘKI PODCZAS SIEDZENIA W WÓZKU:



- Chore przedramię podparte na poduszce – zwróć uwagę, aby łokieć również był podparty
- Chora dłoń umieszczona na owalnym przedmiocie – może to być np. butelka wypiętniona wodą, tak by dłoń nie była zaciśnięta w pięść. Kciuk w ustawieniu przeciwnym. Istotne, by przedmiot był mało elastyczny



Jak w ergonomiczny sposób przemieszczać chorego?

Instruktaż dla rodziny
/opiekunów

dr n. med. Justyna Szeffler-Derela, dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada,
mgr Krzysztof Parysek - fizjoterapeuci

Niniejsza część Poradnika zawiera ilustracje z przykładowymi zaleceniami dla opiekunów osób po udarze mózgu mających pomóc w transferach i przemieszczaniu pacjentów. Wdrożenie właściwych technik podnoszenia i zmiany pozycji może w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy stanu funkcjonalnego chorego. Prawidłowo wykonane transfery są też ważne dla opiekuna – chronią przed kontuzjami i przeciążeniem, np. kręgosłupa czy stawów.

W Poradniku zostały umieszczone metody przemieszczania pacjenta ręcznie przez jednego opiekuna, wykorzystujące siłę własnych mięśni i jeśli to możliwe pozostawiając zdolność ruchu pacjenta.

Przed przystąpieniem do jakiegokolwiek czynności związanej z przemieszczaniem:

- dopasuj wysokość łóżka do własnego wzrostu (łóżko powinno znajdować się na wysokości Twoich bioder)
- stań jak najbliżej chorego, w rozkroku, jedną nogę ustaw lekko do przodu
- poinformuj chorego co będziesz robił, żeby czuł się podczas przemieszczania komfortowo – strach może spowodować wzrost napięcia mięśniowego
- spróbuj zachęcić chorego do współpracy
- ruchy wykonuj powoli
- zawsze podnoś do siebie

TRANSFERY PACJENTA

Ręka oraz noga dotknięte udarem zostały oznaczone poprzez odblaskowe opaski.

RUCHY W ŁÓŻKU:



Chory leży na plecach, zdrową nogę ustawia w zgięciu, stopa oparta na łóżku, *ryc. 1*

- pomóż choremu wykonać zgięcie w kolanie słabszą nogą, tak aby stopa była oparta o łóżko, w razie konieczności asekuruj- dociśnij swoją dłoń kolano w kierunku stopy, *ryc. 2*
- pozycja ta ułatwi choremu podnoszenie pośladków, np. przy zmianie pampersa

PRZEJŚCIE DO SIADU składa się z 2 sekwencji ruchu:

PRZEWROT NA BOK



Chory leży na środku łóżka:

- wykonaj zgięcie kolan, rzc. 3
- następnie skrzyżuj ręce chorego na klatce piersiowej:
 - słabszą rękę jako pierwszą utóż bliżej ciała chorego, rzc. 4
 - następnie ustaw na niej zdrową rękę w celu przytrzymania chorej ręki, rzc. 5
- chwyć za kolana i ramię wykonaj obrót, rzc. 6

PRZEJSCIE DO SIADU



Chory leży na boku, wyprostuj rękę leżącą na materacu, rzc. 7

- zgięte nogi opuść za krawędź łóżka, rzc. 8

ryc. 9



ryc. 10



ryc. 11



ryc. 12



- rękę bliższą położyć na miednicy chorego, ryc. 9
- wsunąć dłoń pod ramię chorego, ryc. 10
- miednicę spychać w kierunku łóżka, a następnie delikatnie podnosić górną część tułowia chorego, ryc. 10
- ustabilizować pozycję chorego, ryc. 11
- poprawić pozycję siedzącą chorego, ryc. 12

- Nie wolno chwytać ani pociągać za rękę chorą, ponieważ można spowodować uraz stawu ramiennego! ryc. 13

ryc. 13



TRANSFER Z ŁÓŻKA NA WÓZEK

Podczas transferu chorego używaj mięśni nóg i bioder zamiast mięśni górnej połowy ciała, najpierw zginając, a następnie powoli prostując kolana:

- ustaw wózek blisko łóżka - pod kątem prostym względem łóżka
- zablokuj kółka wózka, usuń przeszkody: oparcia łokci, podnóżki, podstawki pod stopy



ryc. 14



ryc. 15



ryc. 16



ryc. 17



ryc. 18

Chory w pozycji siedzącej:

- przesun chorego na krawędź łóżka, tak aby stopy były całkowicie oparte na podłożu, równocześnie poproś pacjenta o pochylenie się do przodu i naciskanie na stopy w trakcie przenoszenia, ryc. 14
- obejmij swoimi kolanami kolana pacjenta i je zablokuj; następnie obejmij chorego pod pachami całymi dłońmi, ryc. 15
- tworząc przeciwwagę dla masy ciała chorego, własnym ciałem podnieś chorego do góry, jednocześnie wykonaj obrót w celu przeniesienia chorego na wózek, ryc. 16-18
- popraw pozycję chorego

WSTAWANIE Z KRZESŁA

ryc. 19-23



ryc. 24



ryc. 24



Chory siedzi na krześle:

- stań od strony chorej, od przodu, stopę swoją ustaw od wewnętrznej strony stopy chorej, ryc. 19
- swoim kolaniem zablokuj kolano chorego, ryc. 24
- obejmij chorego pod pachami i wysuń do przodu, aż środek ciężkości zostanie przeniesiony na stopy tworząc przeciwwagę dla masy ciała chorego własnym ciałem i podnieś chorego do góry, ryc. 21 - ryc. 22
- ustabilizuj postawę chorego, ryc. 23

UBIERANIE CHOREGO

ryc. 25-28



Ubieranie chorego jest wykonywane kilka razy dziennie i powinno odbywać się w bezpiecznej pozycji, którą chory utrzymuje.

Zakładanie garderoby zaczyna się od nałożenia:

- nogawki spodni najpierw na chorą nogę, kolejno na zdrową kończynę, *ryc. 25-28*
- koszulki na chorą rękę- głowę- i kolejno na zdrową kończynę, *ryc. 29-35*

Zdjęcie garderoby należy rozpocząć od zdrowej strony.

ryc. 29-32



ryc. 33-35



Żywienie osób po udarze mózgu

*mgr Tatiana Lewicka - specjalista neurologopeda,
mgr Anna Sobolewska-Wawro - dietetyk kliniczny*

Gdy dowiadujemy się o diagnozie udaru mózgu, w pierwszej chwili trudno myśleć o tym, jak będzie wyglądać dieta i jak duże znaczenie ma odpowiedni stan odżywienia. Tymczasem jest to bardzo istotna kwestia - pacjenci po udarze mózgu są szczególnie narażeni na niedożywienie, a odpowiedni sposób żywienia może pozytywnie wpływać na proces leczenia i rekonwalescencji.

Pamiętajmy, że osoby otyłe również mogą być niedożywione.

Podczas komponowania menu należy pamiętać o dwóch aspektach: dostosowaniu odpowiedniej konsystencji posiłku, a także ilości energii oraz białka, na które zapotrzebowanie zwiększa się w związku ze zmianą metabolizmu podczas choroby.

JAK ZMIENIA SIĘ ZAPOTRZEBOWANIE NA SKŁADNIKI ODŻYWCZE PACJENTA PO UDARZE MÓZGU?

Zapotrzebowanie na białko wzrasta w wielu stanach chorobowych nawet dwukrotnie, także u pacjentów po udarze mózgu. Odpowiednia ilość białka i energii w diecie nie tylko zapobiega utracie masy ciała, ale także wspomaga procesy regeneracyjne tkanek, może także przekładać się na lepsze efekty leczenia i rehabilitacji.

Zapotrzebowanie na białko w różnych sytuacjach

Zdrowe osoby dorosłe	0,8-1 ¹ g/kg mc/dobę
Osoby starsze	1-1,5 ² g/kg mc/dobę
Pacjenci po udarze mózgu	1,5 ³ g/kg mc/dobę
Odleżyny, trudno gojące rany	1,2-1,5 ⁴ g/kg mc/dobę

Dieta nawet 2 na 3 pacjentów po udarze mózgu nie dostarcza właściwych ilości składników odżywczych

Produkty bogate w białko to przede wszystkim drób, ryby, owoce morza, sery, twaróg, jaja i nasiona roślin strączkowych. W diecie pacjenta po udarze mózgu istotne są również warzywa i owoce jako źródło witamin i składników mineralnych (powinny się pojawić w każdym posiłku), a także mleko i jego przetwory, kasze, ryże, makarony (najlepiej pełnoziarniste), a jako źródło tłuszczu - oliwa z oliwek, oleje roślinne, orzechy i pestki.

JAK WSPIERAĆ PROFILAKTYKĘ KOLEJNEGO UDARU MÓZGU?

Właściwy sposób żywienia wpływa na funkcjonowanie całego organizmu, w tym również układu sercowo-naczyniowego, co ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego przepływu krwi do mózgu. Poza dostosowaniem diety do zapotrzebowania i stanu zdrowia pacjenta ważne jest też zapobieganie kolejnemu incydentowi.

Zalecenia żywieniowe powinny koncentrować się na modelu diety śródziemnomorskiej, która opiera się na poniższych zasadach:



Ograniczenie podaży soli (maksymalnie ½ łyżeczki od herbaty w ciągu dnia) łącznie z tą dodawaną do potraw i będącą w gotowych produktach. Należy unikać mieszanek przypraw, które zawierają dodatkowo w składzie sól i/lub glutaminian sodu.



Ograniczenie spożycia mięsa czerwonego, w tym wędlin, przy czym należy wybierać wyłącznie chude części bez widocznego tłuszczu.



Tłuste ryby morskie (śledź, łosoś, makrela) powinny występować w jadłospisie 2 razy w tygodniu.



Ważne jest **nawodnienie** – codziennie około 1,5 litra płynów. Woda mineralna także powinna być niskosodowa.



Z diety należy **wykluczyć źródła kwasów tłuszczowych nasyconych**, czyli głównie produkty pochodzenia zwierzęcego, tj. smalec, słonina, masło oraz kwasy tłuszczowe trans obecne m. in. w daniach gotowych, waflach, ciastkach, krakersach (należy czytać etykiety składu produktu – unikać częściowo utwardzonych tłuszczów).



Rekomendowane oleje to olej rzepakowy, oliwa z oliwek oraz olej lniany (do spożywania wyłącznie na zimno, bez obróbki termicznej). Korzystne są także tłuszcze zawarte w orzechach, nasionach i pestkach.



Podstawa diety to **produkty pełnoziarniste** (kasze, ryż brązowy, makaron pełnoziarnisty, pieczywo graham), a także warzywa (do 600 - 800 g/dzień) oraz

owoce (do 200 g/dzień). Szczególnie istotne są warzywa i owoce koloru czerwonego oraz fioletowego ze względu na dużą zawartość składników pozytywnie wpływających na układ sercowo-naczyniowy (tzw. polifenoli). Istotne są także świeże zioła.



Niskotłuszczowe **produkty mleczne** – mleko, kefiry, jogurty, chude twarogi – zaleca się około 2 porcji dziennie.



Jaja należy ograniczyć do maksymalnie 4 sztuk na tydzień.

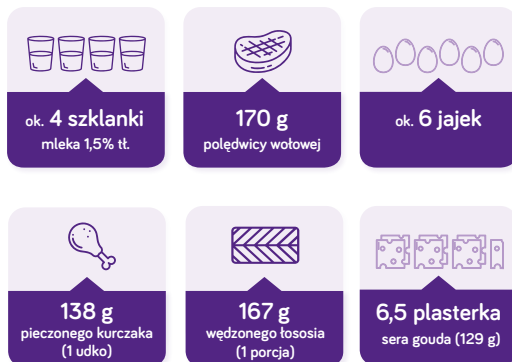


Natomiast częściej należy wprowadzać soczewicę, fasolę, ciecierzycę, np. 2 razy w tygodniu zaleca się **zastępowanie porcji mięsa nasionami roślin strączkowych**, stosowanie ich jako dodatek do zup lub w postaci past do chleba.

CO W SYTUACJI, GDY TRADYCYJNA DIETA NIE WYSTARCZY?

Gdy mimo modyfikacji tradycyjnej diety chory nie jest w stanie dostarczyć swojemu organizmowi wszystkich składników odżywczych w odpowiedniej ilości zgodnej z zapotrzebowaniem (je zbyt mało, np. z powodu braku apetytu lub ma trudności z przyjmowaniem posiłków), należy skonsultować z lekarzem wprowadzenie tzw. doustnych preparatów odżywczych. Występują one w formie płynnej i w niewielkiej objętości dostarczają choremu znacznej ilości energii, potrzebnego w procesie rekonwalescencji białka oraz pozostałych składników odżywczych.

36 g białka może dostarczyć*





Nutridrink Protein to wysoka zawartość białka (18 g) w małej objętości 125 ml

2 butelki = 36 g białka

Warto pamiętać, że właściwe podawanie preparatów do żywienia medycznego (np. Nutridrink Protein) wiąże się z pewnymi zasadami, w tym m.in. odpowiednim sposobem i czasem wypijania. Należy je pić małymi łykami, najlepiej minimum 30 minut. Dla urozmaicenia można rozważyć włączenie ich do gotowych potraw, np. zastąpić część jogurtu w koktajlu, śmietanę w zupie krem, dodać do twarogu i przygotować nadzienie do naleśników, bądź rozlać do małych pojemniczków i przyrządzić lody. Możliwości jest naprawdę wiele: **przepisy znajdziesz na stronie posilkiwchorobie.pl.**

PROBLEMY Z POŁYKANIEM

Po udarze mózgu oprócz problemów z poruszaniem się czy wystąpieniem niedowładów, często obserwuje się **trudności przy jedzeniu oraz problemy z komunikowaniem się** (mową). Wówczas warto **skorzystać z pomocy neurologopedy**, czyli specjalisty, który po zbadaniu pacjenta określi rodzaj występujących zaburzeń, wdroży odpowiednią terapię oraz podpowie rodzinie i opiekunom, jak należy postępować przy posiłkach i jak ułatwić porozumiewanie się z osobą po udarze.

SKĄD SIĘ BIORĄ PROBLEMY Z POŁYKANIEM?

Przyjmowanie posiłków jest dla nas tak zwyczajną rzeczą, że na co dzień nie zastanawiamy się jak ten proces przebiega. Tymczasem, aby prawidłowo przełknąć łyk płynu lub kęs jedzenia, musi zostać do tego zaangażowane wiele mięśni twarzy, gardła, krtani, a pracą tych wszystkich obszarów kieruje mózg. Stąd bardzo często właśnie u osób po udarze mózgu będą się pojawiały zaburzenia połykania, które nazywają się **DYSFAGIĄ**. Dysfagia wpływa na prawidłowe odżywianie się, często prowadzi do szeregu powikłań, dlatego nie wolno bagatelizować jej objawów.

Nutridrink Protein to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w niedożywieniu i ryzyku niedożywienia związanym z chorobą, szczególnie u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem białkowym. Stosować pod nadzorem lekarza.

JAKIE OBJAWY WSKAZUJĄ NA DYSFAGIĘ?

Zaburzenia połykania zależą od wielu czynników. Czasami objawy występują tylko kilka dni po udarze i po wyjściu ze szpitala pacjent potrafi jeść bez większych problemów, ale zdarza się, że nawet kilka tygodni a często i miesiące wciąż obserwujemy dysfagię i wówczas występują znaczne problemy przy przyjmowaniu posiłków. Zwykle pierwszym istotnym objawem, który wskaże, że mogą być problemy z połykaniem jest wygląd twarzy osoby po udarze. Oprócz obserwowanego niedowładu kończyny górnej lub dolnej, typowym objawem jest asymetria twarzy po stronie niedowładu. Wskazuje to na uszkodzenie nerwu twarzowego, który głównie odpowiada za pracę mięśni twarzy.



Bardzo ważne jest, aby nie przeoczyć innych sygnałów, które mogą wskazywać na zaburzenia połykania, dlatego należy zwrócić uwagę na:

- **Kaszel, który pojawia się po połyknięciu porcji jedzenia lub płynu** – będzie to świadczyło o przedostaniu się drobin jedzenia lub picia do dróg oddechowych. **WAŻNE!!!** Kaszel czasami pojawia się od razu, ale może też wystąpić dopiero kilka lub kilkanaście sekund po połyknięciu. Ważne jest, aby obserwować czas wystąpienia objawu i zgłosić to w czasie wizyty u neurologopedy.
- **Wydłużenie czasu spożywania posiłków** – wskazuje to na trudność w połykaniu. Wolniejsze jedzenie lub picie w przekonaniu osoby z dysfagią ma ułatwić przełykanie.
- **Zmniejszenie ilości jedzenia** – to ważne, ponieważ osoba, która ma trudności z przełykaniem, będzie jadła lub piła mniej, gdyż spożywanie mniejszych porcji będzie w jej przekonaniu bezpieczniejsze. Rezygnowanie z niektórych potraw lub płynów – tutaj nie chodzi o smak, jak wiele osób uważa, ale o konsystencję.
- **Osoba, która ma problemy z przełykaniem rezygnuje z potraw**, które jej zdaniem są kłopotliwe do przełknięcia - to może być np. twardsze mięso, ciasto, makaron, woda – trudno podać jednoznaczne przykłady, ponieważ zależy to od subiektywnej oceny osoby z dysfagią. Z diety będą eliminowane „trudne” konsystencje.

- **Sygnalizowanie dyskomfortu lub nawet bólu w okolicy gardła, który towarzyszy połykaniu** – może on się pojawić przy konsystencjach twardych, stałych – np. ziemniaki, mięso, itp.
- **Sygnalizowanie uczucia zalegania jedzenia w gardle z wrażeniem „drapania”**
- **Trudności w piciu z kubka** lub w zbieraniu jedzenia z łyżki
- **Trudności w pogryzieniu i przeżuciu kawałka jedzenia**
- **Problemy z przełykaniem śliny** – konieczność częstego wycierania ust chusteczką, wyptywanie śliny z ust
- **Odmawianie przyjmowania posiłków**

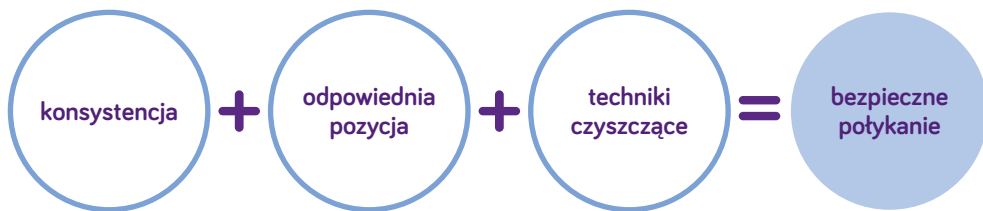
Są to TYLKO niektóre najczęściej występujące trudności świadczące o zaburzeniach połykania.

Należy pamiętać, że wszystkie te kroki są podejmowane często przez osobę z dysfagią intuicyjnie w obawie przed zakrztuszeniem się i mogą prowadzić do poważnych zaburzeń lękowych, ale także powodować powikłania w postaci niedożywienia lub zachłystowego zapalenia płuc.

JAK POSTĘPOWAĆ PRZY SPOŻYWANIU POSIŁKÓW?

Jeżeli w badaniu stwierdzono zaburzenia połykania nie oznacza to, że nie można podawać pokarmów i płynów doustnie. Wszystko zależy od głębokości tych zaburzeń, ryzyka wystąpienia potencjalnych powikłań i możliwości pacjenta. Zalecenia dotyczące postępowania przy posiłkach wdroży neurologopeda, który po przeprowadzeniu badania wyjaśni w jaki sposób należy postępować.

TRZY KROKI DO SUKCESU.....



Krok 1 Konsystencja

Najlepszą konsystencją do bezpiecznego połykania jest konsystencja **GŁADKA i JEDNORODNA**. Na początku, kiedy trudności w połykaniu są znaczne, należy unikać:

- **Konsystencji płynnych** – ponieważ bardzo szybko należy je przełknąć, a osoba po udarze ma z tym trudności - czyli nieodpowiednie będą np. woda, herbata, kawa, itp.
- **Konsystencji twardych** – które trudno jest pogryźć, przerzuć, często zalegają w ustach - czyli nieodpowiednie będą np. twarde warzywa, mięso, ciastka (zwłaszcza te, które się kruszą), itp.
- **Konsystencji podwójnych** – ponieważ są bardzo kłopotliwe, osoba z dysfagią może zakrztusić się częścią płynną lub stałą - czyli nieodpowiednie będą np. płatki z mlekiem, zupy z ryżem lub makaronem, jogurty z nasionami, itp.

Preferowane konsystencje to np. zupy krem, konsystencja budyniu lub płynnego miodu, jogurty gładkie. Płyny należy zagęszczać do poziomu optymalnego dla osoby z trudnościami w połykaniu. Aby osiągnąć właściwą konsystencję, zwłaszcza płynów, należy stosować zagęstnik. Warto skonsultować z lekarzem i neurologopedą wprowadzenie preparatu NUTILIS CLEAR – pozwala zagęszczać pożywienie i napoje, nie zmienia ich smaku ani zapachu – co jest bardzo ważne, jeżeli chcemy zadbać również o walory estetyczne i smakowe przygotowywanych posiłków. Nie zawiera glutenu i laktozy, jest również odpowiedni dla wegetarian i wegan. Co ważne, może posłużyć do zagęszczania napojów zimnych i gorących, przygotowaną porcję zagęszczonego soku można np. zamrozić



i podać w formie lodów. Jednym ze składników Nutilis Clear jest guma ksantanova, która nie reaguje z enzymem zawartym w ślinie (amylaza), co daje gwarancję stałości konsystencji i zwiększa bezpieczeństwo przy posiłkach. Preparat zagęszczający jest łatwy w użyciu i podnosi estetykę potraw, co dodatkowo stymuluje połykanie i chęć jedzenia.

UWAGA

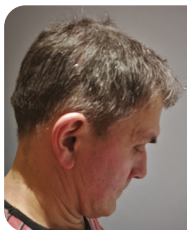
Dobór konsystencji pokarmu powinien być poprzedzony badaniem neurologopedy, który ustali jaką konsystencja jest optymalna i bezpieczna.



Krok 2 Odpowiednia pozycja przy spożywaniu posiłków

Jeżeli jest to tylko możliwe, posiłki powinny odbywać się w pozycji siedzącej przy stole. Jeżeli stan pacjenta na to nie pozwala lub są inne przeciwwskazania do pionizacji, należy zadbać przynajmniej o to, aby zagłówek łóżka był uniesiony i posiłek był podawany w pozycji siedzącej w łóżku.

Ponieważ po udarze mózgu zwykle jedna strona ciała jest słabsza, można zastosować tzw. adaptację posturalną. Jest to ustawienie głowy, które ułatwia połykanie. Zwykle stosuje się dwie pozycje:



- Pochylenie głowy do klatki piersiowej – zwiększa siłę przełykania, domyka drogi oddechowe



- Obrót głowy w stronę słabszą (porażoną)
 - skrócenie głowy kieruje kęs jedzenia ku stronie zdrowej, pozycja odpowiednia dla chorych z jednostronnym niedowładem mięśni gardła i krtani, zwiększa ochronę dróg oddechowych

UWAGA

Pozycję przy jedzeniu – adaptację posturalną – powinien sprawdzić w czasie badania neurologopeda.

Przy posiłku najpierw ustawiamy w odpowiedni sposób głowę pacjenta, a potem podajemy jedzenie. Nie wolno wykonywać tego manewru w czasie połykania – grozi zakrztuszeniem!

Krok 3 Techniki czyszczące

Jeżeli osoba po udarze mózgu odżywia się doustnie, należy bezwzględnie dbać o higienę jamy ustnej. Z jednej strony jest to estetyka i codzienny zabieg pielęgnacyjny. Z drugiej strony – bezpieczeństwo osoby, którą się opiekujemy. Toaleta jamy ustnej jest także ważnym elementem pielęgnacji osoby z założonym PEG-iem, czyli gastrostomią odżywczą. Bardzo ważną zasadą, której należy przestrzegać to:

Dokładna toaleta jamy ustnej po posiłku – sprawdzenie, czy w ustach nie zostały resztki jedzenia, dokładne umycie lub samodzielne przełykanie ust (jeżeli jest to możliwe).

Toaleta jamy ustnej zapobiega infekcjom dróg oddechowych, ponieważ resztki jedzenia sprzyjają kolonizowaniu bakterii i są potencjalnym źródłem zakażenia oraz przyczyną infekcji dróg oddechowych. Do technik czyszczących możemy zaliczyć:

- ✓ puste połykanie – co 3-4 porcje (łyżeczki) jedzenia robimy przerwę, polecamy odchrząknąć lub odkaslnąć (nawet jeżeli podopieczny nie odczuwa takiej potrzeby), następnie następuje „puste przełknięcie” – bez jedzenia i dopiero wtedy podajemy kolejną porcję jedzenia
- ✓ polecenie wyplucia do gazika resztek pokarmowych

- ✓ oczyszczenie jamy ustnej gazikiem zwilżonym wodą
- ✓ odessanie resztek pokarmu
- ✓ każdorazowo przy karmieniu kontrola jamy ustnej przed podaniem następnej porcji jedzenia

GINNASTYKA DLA JĘZYKA... I NIE TYLKO

- CZYLI PROSTE ĆWICZENIA DO POPRAWY POŁYKANIA

Jeżeli stan naszego podopiecznego pozwala na to, możemy zaproponować kilka prostych ćwiczeń, które poprawią pracę mięśni związanych z połykaniem:

- naprzemienne powolne i wyraźne wymawianie „O E O E O E”
- robienie „baloników” z policzków
- dmuchanie na świeczkę lub robienie baniek mydlnych
- szeroki uśmiech z pokazaniem zębów, potem zrobienie „dzióbka” – naprzemiennie
- mocne zaciśnięcie warg
- unoszenie na przemian raz lewego, raz prawego kąćka ust
- wysuwanie języka na brodę, oblizywanie się
- ziewanie z pochyloną głową
- przy otwartych ustach układanie języka za górnymi zębami
- kilkukrotne powtarzanie sylaby „LA LA LA LA”
- ćwiczenie z oporowaniem – pacjent w pozycji siedzącej, głowa pochylona do klatki piersiowej, osoba, która pomaga przy ćwiczeniu **lekko** naciska dłońią na głowę pacjenta, a ten próbuje unieść głowę przeciw oporowi – „siłuje się” z naciskiem na głowę

UWAGA

Są to tylko propozycje ćwiczeń. Każdorazowo ćwiczenia dobiera neurologopeda, indywidualnie do potrzeb i możliwości pacjenta. Należy uwzględnić możliwe przeciwwskazania do wykonywania niektórych ćwiczeń.

Czy pomoc psychologa jest potrzebna?

mgr Magdalena Dobosz - psycholog

Udar mózgu to choroba, która wywiera wpływ nie tylko na chorego, ale i na całą jego rodzinę. Przychodzi niespodziewanie, przebiega często gwałtownie, a czasami jego skutki pozostają z pacjentem przez lata.

DLACZEGO WSPARCIE BLISKICH JEST TAK WAŻNE?

Udar powoduje uszkodzenie mózgu, przez co może wpływać na szereg sfer życia pacjenta. Często chory, pozostający pod opieką rodziny, po wyjściu ze szpitala nie jest w stanie obiektywnie ocenić sytuacji, w jakiej się znalazł. W zależności od miejsca uszkodzenia mózgu – jego skutki dotyczą różnych funkcji. Mogą pojawić się problemy z mową, jej rozumieniem, procesami poznawczymi. Najczęściej jednak największą dolegliwością z punktu widzenia pacjenta jest niepełnosprawność ruchowa, z którą wielu nie potrafi się pogodzić.

W takiej sytuacji niezwykle ważne jest dla chorego wsparcie i poczucie akceptacji ze strony osób bliskich.

Po opuszczeniu murów szpitala pacjent często będzie wymagał rehabilitacji, często długotrwałej, do czego potrzeba dużo samozaparcia oraz systematyczności. W trakcie rehabilitacji niejednokrotnie pojawia się zniechęcenie, złość i bezsilność. **W takich sytuacjach ważne jest motywowanie i wspieranie chorego**, ponieważ bez systematyczności w wykonywaniu ćwiczeń, nie będzie efektów rehabilitacji.

KIEDY PACJENTOWI POTRZEBNA JEST POMOC PSYCHOLOGA?

Niezależnie od wieku pacjenta, który doświadczył udaru mózgu, utrata sprawności, którą posiadał przed wystąpieniem choroby jest niezwykle dotkliwa. Bardzo często konfrontacja ze swoją niepełnosprawnością wywołuje skrajne emocje, od apatii poprzez drażliwość, złość, a nawet depresję. **Wówczas wsparcie najbliższych może już nie wystarczać i warto wtedy zasięgnąć porady psychologa.**

Należy pamiętać, że obniżony nastrój, poczucie bezsilności i frustracji może przyczynić się do rozwinęcia się **zaburzeń depresyjnych**.

Gdy zaobserwujemy u chorego takie objawy, jak:

- zniechęcenie,
- problemy ze snem czy apetytem,
- przygnębienie,
- wycofanie się z aktywności życiowej,
- płaczliwość,

nie bójmy się wtedy poprosić o pomoc. **Możemy zwrócić się o poradę do lekarza pierwszego kontaktu, który pokieruje nas dalej lub bezpośrednio do Poradni Zdrowia Psychicznego.**

Deficyty związane z pamięcią, koncentracją uwagi, zdolnościami wzrokowo – przestrzennymi, powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania pacjenta w czynnościach życia codziennego, **dlatego terapia neuropsychologiczna jest istotna.** Neuropsycholog zaplanuje odpowiednią terapię, której efekty pomogą lepiej funkcjonować choremu. W zależności od miejsca uszkodzenia mózgu, zmianie może ulec zachowanie pacjenta. Przykładowo uszkodzenie płatów czołowych może spowodować, że osoba, która była przed chorobą energiczna, przebojowa i towarzyska, nagle ma problemy z decyzyjnością, jest apatyczna, odpowiada półśłówkami, nie wykazuje jakiegokolwiek zainteresowania otoczeniem, a nawet swoim stanem zdrowia, bywa płaczliwa lub niestabilna emocjonalnie. **Dlatego, aby dostosować odpowiednie leczenie do stanu pacjenta i jego potrzeb, tak ważne jest postawienie przez specjalistę prawidłowej diagnozy.**



UDAR MÓZGU NIGDY NIE DOTYCZY TYLKO PACJENTA – JAK WSPARCIE PSYCHOLOGA MOŻE BYĆ POMOCNE OPIEKUNOM

Niejednokrotnie **nasi bliscy, którzy doświadczyli udaru, na skutek uszkodzenia mózgu, zachowują się zupełnie inaczej, niż przed chorobą.** Jest to bardzo trudna sytuacja dla wszystkich i może powodować szereg napięć. Zdarza się, że osoby zajmujące się nawet wiele lat osobami, które przeszły udar mózgu, nadal nie są w stanie zaakceptować tego, co się z nimi dzieje.

Uszkodzenie mózgu przykładowo może sprawić, że chorzy nie widzą przedmiotów znajdujących się po lewej stronie, nie potrafią prawidłowo się wystawić, czy czegoś policzyć. Inni z kolei potrafią dobrze mówić, ale nie potrafią czytać czy pisać. Ich zachowanie może być przez otoczenie odbierane jako złośliwość, pomimo, że jest tak naprawdę skutkiem choroby.

Dlatego tak ważny jest kontakt z psychologiem, który dokładnie wyjaśni opiekunom i bliskim sytuację, w jakiej znajduje się pacjent.

Wiedza o istniejących deficytach, a także zmianie zachowania u pacjentów nakreślona w sposób jasny i klarowny jest bardzo pomocna w zrozumieniu istoty choroby, a także pomoże lepiej opiekować się i znaleźć wspólny język z chorym.

POTRZEBY OPIEKUNA

Mówiąc o pacjentach dotkniętych skutkami udaru, nie możemy zapomnieć również o ich opiekunach. Opieka często przytłacza i zmusza ich do całkowitego przeorganizowania dotychczasowego życia. Chęć pomocy najbliższej osobie i związane z tym dodatkowe obowiązki, przy jednoczesnym wypełnianiu dotychczasowych zadań (np. praca, prowadzenie domu czy opieka nad dziećmi) powoduje, że opiekunowie mają poczucie, że sytuacja zaczyna ich przerastać. Wówczas **bardzo ważne jest zadbanie o dobre samopoczucie wszystkich domowników.** Zaangażowanie w chorobę pacjenta często powoduje, że opiekunowie zapominają o swoich potrzebach, a niejednokrotnie oni też zmagają się poważnymi chorobami. Zaniedbywanie własnego zdrowia może skutkować poważnymi konsekwencjami. Dbanie o swoje zdrowie oraz kondycję psychiczną nie jest ze strony opiekunów oznaką egoizmu, o czym często mówią rodziny pacjentów po udarze.

**Pamiętajmy więc, że dbając o siebie - dbamy również o chorego.
Z lepszym nastrojem i dobrym zdrowiem jesteśmy lepszymi towarzyszami
w chorobie naszych bliskich.**

Troska o nas samych absolutnie nie jest czymś złym i niestosownym.

Będąc opiekunem chorego, warto pamiętać o podstawowych zasadach, takich jak:

- dbanie o swój stan zdrowia – zwłaszcza jeśli cierpisz na jakąś chorobę
 - pamiętaj o badaniach profilaktycznych, umówionych wizytach lekarskich, systematycznym zażywaniu leków,
- prawidłowe odżywianie,
- aktywność fizyczna,
- w miarę możliwości odpoczynek i wysypianie się,
- nie rezygnowanie z kontaktu z innymi osobami - spróbuj znaleźć czas na rozmowę z kimś bliskim,
- zaangażowanie w opiekę także innych członków rodziny czy znajomych; chwila wytchnienia i oderwania się potrafi mieć zbawienny wpływ na samopoczucie i dodać nowej energii.

Bywa jednak i tak, że sytuacja związana z chorobą przerasta opiekunów, wtedy często pojawia się poczucie wstydu, że nie są w stanie sprostać wymaganiom chorego i otoczenia. Warto wówczas zasięgnąć porady specjalistów.

Kontakt z psychologiem, który zrozumie sytuację, w jakiej znalazł się opiekun oraz chory, z pewnością pomoże odnaleźć się w tych trudnych chwilach.

Wiele osób doświadczonych przez udar po przebytej rehabilitacji wraca do swoich obowiązków sprzed choroby – szkoły, studiów, pracy. Jednakże osoby, z którymi choroba nie obeszła się łagodnie, wymagają pomocy. Dlatego nie bójmy się skorzystać z porad psychologa, który pomoże przebrnąć zarówno pacjentowi, jak i jego najbliższemu przez momenty kryzysu czy zwątpienia, które niewątpliwie mogą się pojawić. Nie pozwólmy, by choroba przystoniła wszystkie aspekty życia. Skorzystanie z pomocy specjalistów nie jest oznaką słabości, lecz dowodzi dojrzałości w zmierzeniu się z problemem.

Informację, gdzie szukać pomocy oraz wiele innych przydatnych wskazówek można znaleźć tutaj: **forumprzeciwdepresji.pl**

Świadczenia NFZ dla osób po udarze mózgu

*mgr Krzysztof Parysek, dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada,
dr n. med. Justyna Szeftler-Derela - fizjoterapeuci*

PROGRAM LECZENIA SPASTYCZNOŚCI

Co to jest?

Leczenie polega na podaniu toksyny botulinowej w celu rozluźnienia nadmiernie napiętych mięśni.

Jak wygląda leczenie:

Lek podawany jest w formie iniekcji, w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności hospitalizacji. Czas leczenia w programie ustala lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta adekwatnej odpowiedzi na leczenie – przy czym są to maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku.

Dla kogo?

Osoby po udarze mózgu zmagające się ze spastycznością mięśni kończyny górnej lub dolnej (jednostki chorobowe I61, I63, I69).

Co musisz zrobić:

- uzyskać skierowanie do poradni neurologicznej wystawione przez lekarza rodzinnego z rozpoznaniem stanu po udarze, celem leczenia toksyną botulinową.
- złożyć skierowanie w poradni neurologicznej, która działa w ramach programu lekowego.

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Co to jest?

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wynika z ustawy regulującej rozwiązania wspierające osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności i precyzuje zakres wsparcia w zakresie leczenia oraz zaopatrzenia w sprzęt pomocniczy.

Dla kogo?

Osoby niezdolne do pracy i wymagające stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy w celu pełnienia ról społecznych w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Korzyści

- możliwość korzystania ze świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ poza kolejnością (dostęp do specjalistów w przychodni),

- zniesienie limitu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Oznacza to, że bezpośrednio po zakończeniu cyklu terapeutycznego pacjent może wystąpić o dalsze usprawnianie na podstawie orzeczenia i nowego skierowania,
- zniesienie limitu na sprzęt ortopedyczny.

Co musisz zrobić:

Należy złożyć wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności wraz z wymaganą dokumentacją w powiatowym, miejskim lub wojewódzkim zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności. Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenie lekarskie, które zawiera opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (ważne 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza)

Usługa jest bezpłatna, orzeczenie wydaje się do 14 dni kalendarzowych od posiedzenia komisji.

REHABILITACJA DOMOWA

Co to jest?

Usługi rehabilitacyjne świadczone w miejscu zamieszkania pacjenta.

Dla kogo?

W przypadku ogniskowych uszkodzeń mózgu, np. po udarze.

Korzyści

Pacjentowi przysługują do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.

Uwaga: posiadanie **orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym** pozwala na korzystanie z terapii poza kolejką.

Co musisz zrobić:

- uzyskać skierowanie wydane przez lekarza POZ lub specjalisty (rehabilitacji, reumatologii, neurologii, chirurgii i pokrewnych),
- skierowanie powinno być adresowane do działu (pracowni) fizjoterapii, zawierając cel skierowania wraz z rozpoznaną jednostką chorobową (ICD) oraz dopiskiem o chorobach współistniejących lub ich braku,
- skierowanie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia.

Pacjent wybiera placówkę świadczącą usługi rehabilitacji domowej*(do sprawdzenia w oddziałach wojewódzkich NFZ).*

Kiedy	W przypadku ogniskowych uszkodzeń mózgu przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania choroby
Czas	80 dni zabiegowych
Skierowanie	Wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistę (rehabilitacji, reumatologii, neurologii, chirurgii i pokrewnych specjalizacji). Jest ważne 30 dni od daty wystawienia. Powinno: • być adresowane do działu (pracowni) fizjoterapii • zawierać cel wraz z jednostką chorobową (ICD) • mieć dopisek o chorobach współistniejących lub ich braku
Dodatkowe informacje	Pacjent wybiera placówkę świadczącą usługę rehabilitacji domowej (do sprawdzenia w oddziałach wojewódzkich NFZ). Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności uprawnia do korzystania z rehabilitacji domowej poza kolejnością.

SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I INNE DOFINANSOWANIA**Co to jest?**

Sprzęt ortopedyczny i pomocniczy to różnego rodzaju akcesoria ułatwiające i wspomagające proces rehabilitacji po udarze mózgu.

Dla kogo?

Pacjenci po przebytych udarach mózgu z wielorakimi zaburzeniami psychoruchowymi.

Co musisz zrobić:

- w dniu wypisu z oddziału, lekarz lub fizjoterapeuta wystawia elektroniczne zlecenie w systemie ezwm na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny,
- dobór właściwego sprzętu powinno się skonsultować z fizjoterapeutą pracującym z danym pacjentem lub z osobą wykwalifikowaną w sklepie medycznym,
- częstotliwość starania się o kolejny wniosek została ustalona przez ustawodawcę i wynosi 4 lub 5 lat,

- w przypadku nadmiernego zużycia sprzętu lub gdy pacjent ze względu na pogorszenie stanu zdrowia wymaga zaopatrzenia w inny sprzęt, istnieje możliwość wystawienia wniosku wraz z opinią uzasadniającą osoby wystawiającej zlecenie,
- dodatkowe dofinansowanie można uzyskać z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Każdy niepełnosprawny pacjent ma możliwość skorzystania z dofinansowania do:

- sprzętu ortopedycznego,
- likwidacji barier w komunikowaniu się, technicznych, architektonicznych,
- uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
- sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

NAJCZĘSTSZE POMOCY ORTOPEDYCZNE PO UDARZE MÓZGU

Kod produktu	Nazwa	Limit dofinansowania
S.17.01	Wózek inwalidzki stabilizujący dla dorosłych	2000 zł
S.18.01	Wózek inwalidzki spacerowy bierny dla dorosłych (polecany dla pacjentów z niestabilnym tułowiem lub/i z trudnościami z utrzymaniem pozycji pośredniej głowy)	4000 zł
S.13.01	Wózek inwalidzki ze stopów lekkich, z demontażem kół, składany dla dorosłych	1700 zł (kwota dofinansowania NFZ 70%)
S.07.01	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie bez kółek lub z dwoma kółkami	150 zł (kwota dofinansowania NFZ 70%)
S.07.01	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie z 3 lub 4 kołami wyposażony w hamulec	350 zł (kwota dofinansowania NFZ 70%)
S.03.01	Poduszka przeciwoślężynowa	400 zł (kwota dofinansowania NFZ 70%)
S.04.01	Materac przeciwoślężynowy	250 zł (kwota dofinansowania NFZ 70%)

*w przypadku legitymowania się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym, limit zostaje zniesiony.

** Nie można starać się o refundację po fakcie zakupu. Należy zatem złożyć wniosek odpowiednio wcześniej, gdyż procedura może potrwać nawet kilka miesięcy.

REHABILITACJA NEUROLOGICZNA W WARUNKACH SZPITALNYCH

Co to jest?

Rehabilitacja w warunkach szpitalnych, bezpośrednio po leczeniu w oddziale udarowym.

Dla kogo?

Pacjenci po przebytych udarach mózgu i innych jednostek chorobowych związanych z ośrodkowym i obwodowym układem nerwowym.

Korzyści?

Wykorzystanie potencjału neuroplastyczności bezpośrednio po zachorowaniu.

Co musisz zrobić:

- Uzyskać skierowanie do oddziału rehabilitacji neurologicznej wystawiane przez lekarza oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych.
- W przypadku gdy w szpitalu nie ma oddziału rehabilitacji neurologicznej, rodzina wraz ze skierowaniem zobowiązana jest znaleźć miejsce, do którego trafi pacjent.

LEKARZE UPRAWNIENI DO WYSTAWIANIA SKIEROWAŃ

Oddziałów szpitalnych	Poradni specjalistycznych
Anestezjologii i intensywnej terapii	Neurologicznych
Neurologii	Neurochirurgicznych
Neurochirurgii	Chirurgii ogólnej
Chirurgii ogólnej	Rehabilitacyjnych
Urazowo-ortopedycznych	Urazowo-ortopedycznych
Chorób zakaźnych	
Chorób wewnętrznych	

CZAS TRWANIA REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ



w przypadku wystąpienia
chorób współistniejących



w przypadku braku
chorób współistniejących

WARUNKI PRZYJĘCIA



Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub do 14 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy udaru w przypadku wystąpienia chorób współistniejących.



Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy udaru w przypadku braku chorób współistniejących.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

- Fizjoterapia: 6 dni w tygodniu
- Terapia neurologopedyczna: 5 dni w tygodniu
- Terapia neuropsychologiczna, terapia wspierająca pacjenta i jego rodzinę: 5 dni w tygodniu

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Co to jest:

Długookresowa, profesjonalna opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w domu.

Dla kogo:

Obejmuje pacjentów, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych.

Korzyści:

Odciążenie rodziny opiekującej się chorym; profesjonalna opieka medyczna w domu pacjenta.

**Czas hospitalizacji w oddziale rehabilitacji neurologicznej może się różnić w zależności od stanu pacjenta. Decyzję o tym, jak długo pacjent przebywa na oddziale podejmuje lekarz kierujący oddziałem wraz z zespołem terapeutycznym.*

Kryteria włączenia	• Pacjenci ocenieni w skali Barthel = lub < 40 pkt • Pacjenci niepozostający pod opieką hospicjum domowego, innego zakładu opiekuńczego udzielającego świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych; zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie; pacjenci w ostrej fazie choroby • Skierowanie od lekarza POZ wraz z kartą oceny pacjenta
Uprawnienia	• Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę • Przygotowanie pacjenta oraz rodziny do samoopieki i samopielęgnacji • Świadczenia pielęgnacyjne, zgodne z procesem pielęgnowania • Edukacja zdrowotna
Czas	• Świadczenia udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00 • W soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach

REHABILITACJA NEUROLOGICZNA W WARUNKACH SZPITALNYCH

Co to jest:

Usługa polegająca na przewozie pacjenta do jednostki służby zdrowia w sytuacji zdrowotnej wykluczającej możliwość samodzielnego poruszania się.

Dla kogo:

Pacjenci po udarze oraz w innych jednostkach chorobowych.

Korzyści:

Transport profesjonalnie zaopatrzoną karetką.

BEZPŁATNY TRANSPORT SANITARNY W PODSTAWOWEJ

OPIECE ZDROWOTNEJ PRZYSŁUGUJE:

Transport sanitarny bezpłatny

- ✓ Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, gdy np. lekarz stwierdzi zły stan zdrowia pacjenta i potrzebny jest transport do szpitala lub zachowania ciągłości leczenia (transport do szpitala w celu wykonania badań).

- ✓ W przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej całkowicie korzystanie ze środków transportu publicznego .

Transport sanitarny finansowany w 40%

- ✓ W przypadku, gdy pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale przy korzystaniu ze środków transportu publicznego wymaga pomocy innej osoby lub środka transportu dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Co to jest:

Kompleksowy program domowego wsparcia żywieniowego dietą przemysłową przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego. Opieka obejmuje m.in.: regularne wizyty lekarza i pielęgniarki u pacjenta w domu, 24h kontakt telefoniczny z zespołem żywieniowym, praktyczne szkolenie chorego/opiekuna, regularne badania laboratoryjne krwi i moczu, dostarczenie diet i sprzętu do podaży do miejsca zamieszkania pacjenta.

Dla kogo:

Pacjenci, którzy nie są w stanie skutecznie odżywiać się doustnie, najczęściej w wyniku schorzeń neurologicznych, onkologicznych, gastroenterologicznych. Chory musi mieć założony sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego.

Korzyści:

Poprawa stanu odżywienia pacjenta niezbędna do zachowania właściwej czynności układu immunologicznego, zmniejszenia ilości powikłań infekcyjnych oraz poprawy komfortu i jakości życia.

Co musisz zrobić:

- Uzyskać skierowanie do poradni żywieniowej (od lekarza prowadzącego w szpitalu lub lekarza POZ)
- Zarejestrować się telefonicznie do wybranej poradni żywieniowej (aby zostać objętym opieką poradni pacjent musi mieć założony wcześniej sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego)

Na stronie **www.nutrimed.pl** dowiesz się więcej o współpracujących z Nutricia poradniach żywieniowych Nutrimed i Promedica.

Gdy przyjmowanie pokarmów drogą doustną jest niemożliwe lub utrudnione.

Pacjenci ze schorzeniami:

- ✓ neurologicznymi (m.in. stany otępienne, po udarze mózgu, SM, SLA)
- ✓ onkologicznymi (m.in. nowotwory głowy, szyi, przełyku, żołądka)
- ✓ gastroenterologicznymi (m.in. wady anatomiczne jamy ustnej, gardła, choroby zapalne jelit)

DO REJESTRACJI NIEZBĘDNE JEST SKIEROWANIE DO PORADNI ŻYWIENIOWEJ
ORAZ ZAŁOŻONY SZTUCZNY DOSTĘP DO PRZEWODU POKARMOWEGO.

Szkolenie pacjenta
i opiekuna

Domowe wizyty lekarza
i pielęgniarki

Badania laboratoryjne
krwi i moczu

Dostarczenie diet i sprzętu
do podaży żywienia do miejsca
zamieszkania pacjenta



REJESTRACJA: telefoniczna: **800 800 860** lub online: www.nutrimed.pl

Świadczenie udzielane w ramach umowy zawartej z NFZ

NOTATKI

Opracowano na podstawie:

1. Uchwała nr 384/IKRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie Przyjęcia Definicji Oraz Zakresu Prowadzenia Działalności Fizjoprofilaktycznej.
2. Grygorowicz M., Podhorecka M. Kompendium Fizjoprofilaktyki. Wyd. UM, Poznań 2020; s. 17-19.
3. Brzęk A. Perspektywa Action Research w fizjoprofilaktyce osób starszych [w]: Brzęk A, Knapik A, Rottermund J, Plinta R. Troska o zdrowie i jakości życia osób starszych. Rozważania teoretyczne i zalecenia praktyczne. Wyd. SUM, Katowice, 2021, s. 11-17.
4. Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., Karczewicz E., Zalewska H. (red). Urazy mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Warszawa: Uczelnia Łazarskiego; 2013.
5. Starrett K. Skazany na biurko. Postaw się siedzącemu światu. Wyd. Galaktyka, 2016, s. 4-28.
6. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2021; 42, 36: 3599–3726.
7. World Health Organization Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. [(accessed on 10 December 2020)].
8. Adamkiewicz P., Tokarska J. Fizjoprofilaktyka udarów mózgu [w]: Grygorowicz M., Podhorecka M. Kompendium Fizjoprofilaktyki. Wyd. UM, Poznań 2020; s. 23-31.
9. Antecki J., Brelak E., Sobolewski P., Kozera G. Profilaktyka pierwotna, wtórna udaru mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. Forum Med. Rodz, 2018; 12:89-98.
10. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> [dostępny 12.05.2021].
11. Corra U, Piepoli MF, Carre F, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: Physical activity counselling and exercise training. Eur Heart J, 2010,31,1967–76.
12. Piepoli MF, Conraads V, Corra U, Dickstein K, Francis DP, Jaarsma T, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Heart Fail, 2011,13, 347–57.
13. Gjelsvik B.B., Syre L. The Bobath Concept in Adult Neurology. Thime; Stuttgart 2016, Second Edition.
14. Bobath B. Adult Hemiplegia Evaluation and Treatment. Butterworth-Heinemann, 1990, Third Edition.
15. Skrypt z kursu PNF w Neurologii. Instruktor Benedikt Bömer. Warszawa 2021.
16. Filarecka A., Kuczma M., Kuczma W. Rehabilitacja pacjenta poprzez pozycjonowanie i transfery. W: Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty. Red. Podgórska M. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania; Gdańsk 2017:84–92.
17. Skrypt z kursu PNF w Neurologii. Instruktor Benedikt Bömer. Kraków 2011.
18. Laidler P, Rehabilitacja po udarze mózgu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
19. Skrypt z kursu Rehabilitacja osób po udarze mózgu metodą Bobath. Instruktor Werner Wenk, Katowice 2008.
20. Szwatkiewicz E., Zasady Podnoszenia i przemieszczania pacjentów . Wydawnictwo Medyczne Urban &Partner Wrocław 2000.
21. OSHA. Guidelines for Nursing Homes – Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal disorders 2003. <http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/index.html>.

O Autorach:

dr hab. n. med. Joanna Siuda - specjalista neurolog

Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Lekarz Kierujący Oddziałem Neurologii i Udarowym w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego w Katowicach Ligocie. Autorka kilkudziesięciu artykułów naukowych z dziedziny neurologii publikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych oraz kilkunastu rozdziałów książkowych.

dr hab. nauk o zdrowiu Anna Brzęk, prof. SUM - fizjoterapeutka

Kierownik Katedry i Zakładu Fizjoterapii, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Autorka licznych publikacji naukowych o zasięgu międzynarodowym i krajowym z zakresu fizjoterapii, ergonomii, aktywności fizycznej oraz prewencji chorób cywilizacyjnych i fizjoprofilaktyki. Współpracuje z naukowcami z Uniwersytetów w Niemczech, USA, Hiszpanii oraz Libanu. Autorka i współautorka projektów profilaktyczno-zdrowotnych o charakterze społecznym, popularyzujących naukę. Ekspert naukowy przy opracowywaniu Regionalnych Programów Zdrowotnych woj. Śląskiego. Prelegent oraz członek Komitetów Naukowych Konferencji Krajowych i Międzynarodowych. Współtworzyła opracowanie dotyczące aktywności ruchowej dla pacjentów z niewydolnością serca w czasie pandemii Covid-19. Rzecznik Nauki w Terenie oraz członek European Society of Cardiology, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatricznego oraz członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej.

mgr Tatiana Lewicka - specjalista neurologopeda

Od wielu lat zajmuje się problematyką schorzeń układu nerwowego oraz konsekwencjami jego uszkodzenia. Jest autorką publikacji i wielu szkoleń z tego zakresu. Główny kierunek zainteresowań obejmuje dysfagię neurogenną, czyli zaburzenia połykania. Pracuje z pacjentami z zaburzeniami mowy, które są wynikiem udaru, w przebiegu choroby Parkinsona, choroby Alzheimera i innych schorzeń układu nerwowego. Ponadto interesuje się szeroko pojętym tematem żywienia. Zawodowo związana z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach - Klinika Neurorehabilitacji, Katedra i Klinika Neurologii. Wykładowca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

mgr Magdalena Dobosz – psycholog

Absolwentka psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentami przebywającymi na oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Aktualnie pracuje w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach.

mgr Joanna Majcher - pielęgniarka

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Absolwentka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Od 9 lat pielęgniarka w oddziale udarowym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach.

dr n. med. Justyna Szeffler-Derela - fizjoterapeutka

adiunkt badawczo – dydaktyczny w Zakładzie Fizjoterapii Katedry Fizjoterapii, Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Od 2007 roku zajmuje się szeroko pojętą rehabilitacją zaburzeń neurologicznych: chorobą Parkinsona i inne zaburzenia parkinsonowskie, udar mózgu, stwardnienie rozsiane, choroby nerwów obwodowych. Autor wystąpień i publikacji naukowych z zakresu neurorehabilitacji.

dr n. med. Dagmara Wasiuk-Zowada - fizjoterapeutka

adiunkt badawczo-dydaktyczny w Zakładzie Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Od 9 lat pracuje w zawodzie fizjoterapeuty, głównie z pacjentami ortopedycznymi i neurologicznymi. Ukończyła liczne kursy i szkolenia z zakresu fizjoterapii, w tym również kurs PNF podstawowy, zaawansowany oraz kliniczny w neurologii. Autorka publikacji naukowych z zakresu fizjoterapii.

mgr Krzysztof Parysek - fizjoterapeuta

Fizjoterapeuta od ponad 10 lat wspomagający pacjentów z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego na oddziałach udarowym, neurologii, neurochirurgii oraz intensywnej terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego w Katowicach. Właściciel Fizjoterapia Parysek prowadzący praktykę fizjoterapeutyczną w domu pacjenta. Oprócz metod neurofizjologicznych, jego zainteresowania dotyczą wprowadzania nowoczesnych technologii rehabilitacyjnych – w tym robotyki.



Nutricia Polska Sp. z o.o.,
ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa